

Université de Montréal

Le transfert de connaissances en santé publique :  
Formation de la relève pour une intervention de réadaptation par les arts

par Frédérique Beaudoin-Dion

Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Essai doctoral présenté en vue de l'obtention du grade de doctorat  
en psychologie, option clinique (D. Psy.)

Avril 2018

© Frédérique Beaudoin-Dion, 2018

## Résumé

**Objectifs :** Évaluer l'implantation, les processus et l'efficacité perçue d'un projet-pilote de transfert de connaissances en santé publique, soit une formation/supervision de nouveaux intervenants au sein d'un programme de réadaptation par les arts. Cette intervention novatrice, qui repose sur des données probantes, vise à favoriser le bien-être de jeunes présentant des troubles mentaux, grâce à des ateliers de cirque et théâtre. La présente étude consiste en l'évaluation formative de ce projet-pilote, dans le but d'améliorer l'intervention et les pratiques de transfert de connaissances en santé publique.

**Méthodes :** Ce projet est élaboré selon une approche participative et s'appuie sur une méthode mixte de type « triangulation-convergence », intégrant une analyse thématique des données qualitatives (entrevues semi-structurées et *Focus Groups*), une analyse descriptive des données quantitatives (questionnaire de réaction) et une analyse documentaire de conformité (grille de monitoring des activités).

**Résultats :** Les résultats montrent que la démarche de transfert de connaissances a permis de former des intervenants qui se sentent prêts à animer de façon autonome le programme, malgré des écarts d'implantation. La principale barrière a été l'absence imprévue et prolongée des leaders, pour des raisons de force majeure, mais la motivation et l'engagement des membres de l'équipe ont agi comme catalyseur au sein de ce projet-pilote, qui est devenu un lieu privilégié de discussion et d'expérimentation sur la stratégie de transfert de connaissances.

**Conclusion :** Cette étude montre les avantages d'adopter une approche participative et une méthode mixte dans l'évaluation du transfert de connaissances en santé publique, ce qui permettrait de mieux capter la complexité inhérente des interventions sociales.

**Mots-clés :** psychologie clinique, intervention par les arts, transfert de connaissances, évaluation de programme, évaluation de la mise en œuvre, santé publique

## **Abstract**

**Objectives :** To evaluate the implementation, processes and perceived efficacy of a pilot project of knowledge transfer in public health, which involves training/supervision of new practitioners in an art-based rehabilitation program. This innovative evidence-based intervention seek to promote the well-being of youth with mental disorders through circus and theater workshops. The purpose of this study is to provide a formative evaluation of this pilot project in order to improve the intervention and the knowledge transfer practices in public health.

**Methods :** This research is based on a participatory and mixed approach, with a “triangulation-convergence” design, integrating a thematic analysis of qualitative data (semi-structured interviews and Focus Groups), a descriptive analysis of quantitative data (questionnaire of reaction) and a documentary compliance analysis (grid of activity monitoring).

**Results :** The results show that the knowledge transfer strategy has resulted in the training of practitioners who feel ready to take charge of the project, despite implementation gaps. The main barrier was the prolonged and unforeseen absence of project leaders, for reasons out of their control, but the motivation and commitment of the team members acted as a catalyst in this pilot project, which became a setting for discussion and experimentation of the knowledge transfer strategy.

**Conclusion :** This study demonstrates the benefits of adopting a participatory approach and mixed method in the evaluation of knowledge transfer in public health, which would better capture the inherent complexity of social interventions.

**Keywords :** clinical psychology, art-based interventions, knowledge transfer, program evaluation, implementation assessment, public health

## Table des matières

Résumé .....	ii
Abstract .....	iii
Table des matières .....	iv
Liste des tableaux .....	vi
Liste des figures .....	vii
Liste des abréviations .....	viii
 <b>CHAPITRE D'INTRODUCTION</b> .....	 1
Position du problème .....	2
Données issues de la recherche et transfert de connaissances .....	3
Données issues de la recherche et réadaptation par les arts .....	4
Description du programme <i>Tous en scène!</i> .....	5
Données de recherche produites sur le programme <i>Tous en scène!</i> .....	7
Projet-pilote de transfert de connaissances .....	9
Une approche participative pour l'évaluation .....	11
Références .....	13
 <b>ARTICLE</b> .....	 17
<b>INTRODUCTION</b> .....	18
Transférer les savoirs .....	18
Programme novateur de réadaptation par les arts .....	19
Projet-pilote de transfert de connaissances .....	21
Objectifs d'évaluation .....	22

MÉTHODOLOGIE .....	22
Participants .....	22
Procédure générale .....	23
Instruments et procédures d'évaluation .....	24
Analyses .....	26
RÉSULTATS .....	27
Évaluation d'implantation .....	27
Évaluation des processus .....	28
Évaluation des effets perçus .....	31
DISCUSSION .....	32
Facilitants et obstacles à une démarche de TC : directions futures .....	33
Évaluation du transfert de connaissances en santé publique .....	35
Forces et limites de l'étude .....	37
RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION .....	38
Références .....	40

## Liste des tableaux

### CHAPITRE D'INTRODUCTION

Tableau I : Composantes essentielles du programme <i>Tous en scène!</i> .....	16
---	----

### ARTICLE

Tableau I : Plan de transfert de connaissances .....	44
--	----

Tableau II : Activités de TC prévues et réalisées .....	45
---	----

## Liste des figures

### CHAPITRE D'INTRODUCTION

Figure 1 : Objectifs du programme <i>Tous en scène!</i> .....	5
---	---

## Liste des abréviations

**TC** : transfert de connaissances



## ARTICLE

Le transfert de connaissances en santé publique :  
formation de la relève pour une intervention de réadaptation par les arts

**Frédérique Beaudoin-Dion. D.Ps. (Cand.) \***

Candidate au doctorat en psychologie clinique, Université de Montréal

**Christian Dagenais, Ph.D.**

Professeur agrégé au département de psychologie, Université de Montréal

**Kim Archambault, Ph.D.**

Chercheure et coordonnatrice du développement et de la diffusion des programmes au sein du projet *Espace Transition*, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

**Patricia Garel, MD**

Directrice du projet *Espace Transition* et chef du département de psychiatrie,  
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

**L'article a été soumis et accepté avec révisions à la revue Santé publique.**

\* La candidate au D.Ps., Frédérique Beaudoin-Dion, est l'auteure principale de ce manuscrit. Les co-auteurs ont révisé le manuscrit, selon leur expertise personnelle.

## **CHAPITRE D'INTRODUCTION**

## Position du problème

La recherche présentée dans cet essai doctoral consiste en l'évaluation de la démarche de transfert des connaissances mise sur pied par l'équipe d'*Espace Transition* du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

Le transfert des connaissances (TC) est un domaine émergent, qui vise à combler le fossé qui sépare la recherche de la pratique [1-4]. Ce processus englobe toutes les étapes entre la production de nouvelles connaissances et leur application [4]. La science de l'implantation s'inscrit dans ce domaine. Elle vise à étudier plus spécifiquement les processus permettant l'intégration des données issues de la recherche dans les milieux de pratique, pour améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé [5, 6].

L'équipe d'*Espace Transition* a développé le programme *Tous en scène!*, un programme de réadaptation par les arts de la scène auprès de jeunes présentant un trouble de santé mentale. Ils se sont appuyés sur la littérature du domaine « Arts in Health » pour en déterminer les composantes essentielles. Ce programme novateur a fait, entre 2009 et 2015, l'objet d'une évaluation de mise en œuvre et des effets, ainsi qu'une étude exploratoire sur ses mécanismes d'action [7, 8].

Dans le but d'assurer la pérennité de ce programme qui, comme nous le verrons, repose sur des données probantes et éventuellement de l'implanter dans de nouveaux milieux de pratique, l'équipe d'*Espace Transition* nous a demandé de les accompagner pour évaluer la première phase de transfert de connaissances, soit le développement d'un projet-pilote de formation de nouveaux intervenants. Pour ce faire, l'évaluation de la démarche de TC a été calquée sur le modèle d'une évaluation de programmes afin de documenter les processus de mise en œuvre et les effets perçus de ce projet-pilote, d'apprendre de cette première expérience de TC et d'améliorer la formation des nouveaux intervenants.

Ultimement, ce projet de recherche permettra de mieux comprendre comment transférer efficacement les savoirs, dans le but d'offrir à la population des services de santé de qualité et d'améliorer le bien-être collectif.

### **Données issues de la recherche et transfert de connaissances**

Depuis le début des années 90, les pratiques de TC ont évolué et la définition du transfert de connaissances s'est précisée. Au départ, le modèle de type « expert » prédominait et le TC se résumait aux stratégies de diffusion passive des informations scientifiques vers les milieux de pratique (ex: publications scientifiques, revues systématiques, rapports, conférences, etc.). Aujourd'hui, les modèles basés sur « l'interaction sociale » sont privilégiés. Ils impliquent la collaboration entre les chercheurs et les utilisateurs et la prise en compte des besoins des utilisateurs, du contexte et des facteurs influençant l'utilisation des résultats [1-4, 9-11].

En santé mentale, l'un des plus grands défis contemporains est de réduire le fossé entre ce qui est connu en termes de traitements efficaces et ce qui est offert dans les milieux de pratique [12, 13]. Dans cette optique, l'« *implementation science* » ou science de l'implantation vise à mieux comprendre quels sont les déterminants qui favorisent l'intégration des résultats de recherche et d'interventions basées sur les données probantes dans la pratique [5, 6, 14]. L'évaluation d'une stratégie de TC, visant à former de nouveaux intervenants à un modèle d'intervention qui repose sur des données probantes en est un exemple.

Comme proposé dans le Guide d'animation d'un processus de TC de l'Institut National de Santé Publique du Québec, celui-ci implique plusieurs étapes : la production, l'adaptation, la diffusion, la réception, l'adoption, l'appropriation et l'utilisation des connaissances [15]. Dans la démarche de TC mise sur pied par l'équipe d'*Espace Transition*, la première étape a été de développer le contenu de la formation et de choisir les modalités de supervision, en s'assurant d'adapter le contenu et le format selon le public visé (production et adaptation). La formation et la supervision ont ensuite été offerts à une

première équipe d'intervenants (diffusion) et ceux-ci ont pu exprimer leur perception des forces et des points à améliorer de la stratégie de TC (réception). L'évaluation du projet-pilote de TC dans le cadre de cet essai doctoral s'est axée strictement sur ces étapes. À moyen terme, les nouveaux intervenants devraient être en mesure d'animer le programme *Tous en scène!* (adoption) et intégrer peu à peu ce modèle d'intervention à leur bagage de connaissances, savoir-être et savoir-faire (appropriation). À plus long terme, ce modèle d'intervention prometteur pourra être intégré dans d'autres milieux de pratique (utilisation des connaissances).

### **Données issues de la recherche et réadaptation par les arts**

Au Canada, la réadaptation par les arts est reconnue comme ayant un impact positif sur la santé depuis seulement 10 ans, contrairement à l'Angleterre, aux États-Unis et à l'Australie, où l'utilisation des activités artistiques pour améliorer la santé mentale est promue depuis plus de 30 ans [16]. Cette approche se base sur une vision globale de la santé, telle que définie par l'Organisation mondiale de la Santé : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » [17]. Cependant, il n'existe pas de définition consensuelle pour plusieurs termes tels que trouble mental, bien-être, qualité de vie, etc., ce qui rend plus difficile de mesurer les effets de façon systématique [16, 18]. De plus, il n'y a pas encore beaucoup d'essais contrôlés randomisés pour démontrer les bénéfices des arts sur la santé mentale [19-21]. La littérature sur les « Arts in Health » inclut tout de même plusieurs revues systématiques et méta-analyses [18, 22, 23], de même qu'un important corpus de données empiriques sur différents médiums artistiques, contextes et populations démontrant des impacts positifs sur la santé mentale [16, 24-26]. Ainsi, qu'on utilise une définition plus stricte des données probantes, comme celle de la Cochrane Collaboration [27] qui n'inclut que les essais contrôlés randomisés et les revues systématiques, ou une définition plus englobante comme celle du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils [27] qui inclut l'ensemble des données empiriques provenant autant des études qualitatives que quantitatives, on peut affirmer que la littérature émergente sur les « Arts in Health » repose sur des données probantes.

Pour élaborer les composantes essentielles du programme de réadaptation par les arts *Tous en scène!* (se référer au tableau I, p.16), les concepteurs de l'équipe d'*Espace Transition – CHU Sainte-Justine* se sont basés sur les données probantes tirées de la littérature des « Arts in Health ».

### Description du programme *Tous en scène!*

Le programme *Tous en scène!* vise à favoriser le mieux-être et la réadaptation psychosociale (ou adaptation) de jeunes âgés de 14 à 25 ans présentant des troubles mentaux stabilisés et à réduire la stigmatisation associée aux troubles mentaux. La figure 1 présente les objectifs et sous-objectifs du programme *Tous en scène!*.

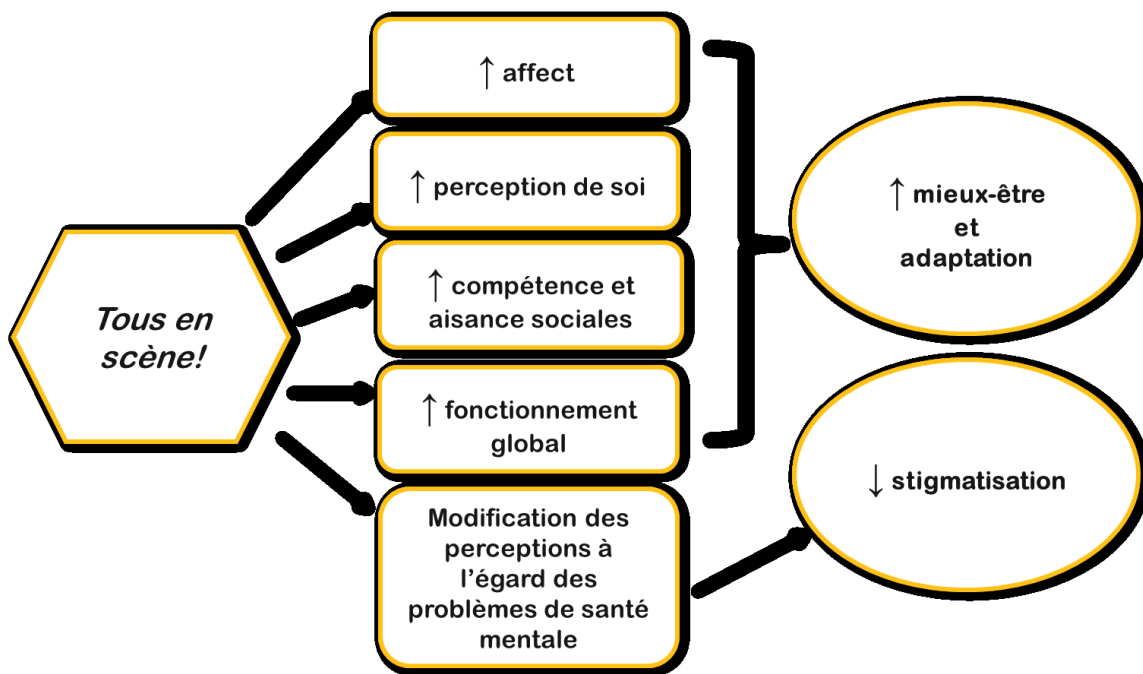


Figure 1. Objectifs du programme *Tous en scène!*

Ce programme offre deux ateliers de deux heures par semaine pendant 12 semaines (soit 23 ateliers et la représentation finale). L'enseignement du théâtre et du cirque est distribué en trois blocs ; l'exploration du jeu théâtral et du cirque, la création du spectacle (exercices acrobatiques, solos, duos et fresque groupale) et la répétition du spectacle. Le programme débute par une initiation aux arts du cirque (durant les ateliers 1 à 5), pour

ensuite laisser une place majoritaire au jeu dramatique, selon une logique de gradation dans la difficulté des exercices. Les jeunes acquièrent d'abord des techniques acrobatiques, entre autres grâce à la création de pyramides humaines en sous-groupes. Puis, ils sont exposés à des exercices individuels et collectifs d'expression de soi (ex : jeux de voix, imitation de gestes), d'exploration de la créativité (ex : improvisation à partir de photos étranges et absurdes) et d'acquisition de techniques théâtrales (ex : marche dans l'espace, simulation d'une gamme d'émotions). Au-travers ces exercices, ils créent progressivement des duos et monologues qui seront présentés lors du spectacle. Ils participent ensuite à la création de la fresque groupale et mettent au point la mise en scène des pyramides et acrobaties (durant les ateliers 6 à 16). Le dernier bloc (durant les ateliers 17 à 23) est dédié à la répétition du spectacle, pour aider les jeunes à mémoriser et à devenir plus confortables avec les numéros de la représentation finale [29].

L'accompagnement clinique en cours de programme permet d'assurer un filet de sécurité. L'accompagnateur clinique est présent à tous les ateliers, il adopte un rôle de soutien aux animateurs artistiques et intervient en cas de besoin, afin d'offrir une transition entre les services psychiatriques et les activités normatives dans la société. L'accompagnement clinique vise à favoriser le maintien de l'engagement des jeunes dans le programme, d'optimiser les bénéfices retirés par les participants et de gérer les situations difficiles et les comportements perturbateurs. Pour ce faire, l'accompagnateur clinique doit : rassurer les participants (en établissant un contact individuel à chaque atelier), modéliser (participer aux ateliers artistiques), motiver (soutenir la persévérance à l'aide de diverses techniques de motivation, telles que rappeler les objectifs individuels, souligner les forces et capacités, mettre en valeur le chemin parcouru), encadrer (rappeler les consignes de base, gérer les absences et retards, intervenir individuellement en cas de besoin) et offrir un soutien clinique individualisé (ex : aider un participant à utiliser des techniques de gestion d'anxiété ou offrir un contrôle externe accru, comme des rappels verbaux fréquents, pour un participant plus impulsif). De plus, l'accompagnateur clinique est responsable de l'organisation des ateliers (ex : achat de collations, supervision des transports, gestion du matériel, réservation des locaux) et du recrutement des jeunes (incluant la constitution des groupes) [29].

Les groupes sont composés d'environ 12 jeunes, 2/3 de participants cibles (population clinique) et 1/3 de coparticipants (population non-clinique). Les jeunes sont recrutés via des intervenants du réseau des services en santé mentale et sont évalués individuellement par l'accompagnatrice clinique. Les participants ciblés présentent différents troubles mentaux stabilisés (ex : trouble anxieux, de l'humeur, alimentaire, psychotique, etc.) ou un autre problème d'adaptation sociale (ex : des jeunes présentant une situation psychosociale fragilisante) et dont l'état permet la participation à une activité de groupe encadrée par un clinicien, sans danger pour soi ou autrui, ni risque d'entrave significative au fonctionnement du groupe. Les coparticipants sont des pairs ne présentant pas de trouble mental ou de difficulté psychosociale significative, recrutés majoritairement grâce à une offre de bénévolat ou de stage d'observation dans le domaine médical ou de la relation d'aide (au niveau secondaire, collégial ou universitaire), dans une optique de développement personnel et de rapports symétriques avec leurs pairs [29].

### **Données de recherche produites sur le programme *Tous en scène!***

L'évaluation de mise en œuvre du programme *Tous en scène!* [7] a été réalisée grâce à un devis mixte, intégrant des questionnaires validés complétés durant le programme par 24 participants, des entrevues semi-structurées (post-programme et après trois mois) réalisées auprès des 24 mêmes participants, des 11 cliniciens référents et des 2 animateurs, de même que des échelles d'observation complétées durant le programme par l'accompagnatrice clinique. L'évaluation a démontré que la plupart des composantes essentielles étaient livrées telles que prévu et perçues comme pertinentes et nécessaires. Ainsi, l'expérience collective aurait offert aux participants une opportunité de socialisation avec leurs pairs et tous auraient jugé que la création d'un spectacle final était essentielle et permettait de vivre un grand sentiment d'accomplissement. En ce qui a trait à l'hétérogénéité des groupes, elle aurait été perçue comme contribuant à la diminution de l'auto-stigmatisation. De plus, les participants auraient perçu le programme comme un espace exempt de jugement (espace protégé) et comme une activité comme les autres, surtout du fait qu'elle était animée par des artistes (contexte normalisant).



L'**évaluation des effets** du programme *Tous en scène!* [8] a été effectuée à l'aide d'un devis mixte, incluant des questionnaires validés concernant chaque sous-objectif du programme (dont la plupart étaient auto-rapportés et certains complétés par des tiers) et des entrevues semi-structurées. 15 participants au programme, 11 cliniciens référents (incluant l'accompagnatrice clinique) et 2 animateurs ont pris part à ces procédures à trois moments : pré-programme, post-programme et trois mois plus tard. Des changements positifs statistiquement et cliniquement significatifs ont été observés au niveau du fonctionnement global (fonctionnement psychologique, social et professionnel, incluant l'appréciation des symptômes psychiatriques) et des changements positifs cliniquement significatifs ont été observés chez une grande proportion de participants au niveau du confort relationnel et des compétences sociales, de même qu'au niveau de la perception de soi.

De plus, une **étude exploratoire des mécanismes sous-jacents aux impacts du programme** a été réalisée [7]. Le devis incluait des entrevues (en post-programme et après trois mois) et des données d'observation directes (l'évaluatrice ayant assisté à la moitié des ateliers du programme) auprès des 24 participants et des 11 cliniciens référents. La théorie d'action intégrée d'*Espace Transition* a révélé quatre catégories permettant d'expliquer l'atteinte de trois sous-objectifs du programme (1- fonctionnement global, 2- compétences sociales et 3- perception de soi). L'amélioration du fonctionnement global et des compétences sociales (1 et 2) étaient expliqués par le gain d'expérience et de gratification sociales, modulé par la diminution de l'isolement social (grâce à l'expérience collective). La désensibilisation par exposition graduelle permettait d'améliorer plus spécifiquement les compétences sociales (2). L'espace protégé y aurait contribué, plusieurs participants reconnaissant l'importance du climat de non-jugement et de l'accompagnement clinique pour s'exposer à des exercices de plus en plus confrontants et devenir plus confortables et ouverts dans le groupe. Le succès et la valorisation au-travers de cet atelier artistique permettaient d'améliorer la perception de soi (3), ce qui était directement lié au sentiment d'accomplissement vécu lors de la représentation finale. Enfin, la normalisation améliorait la perception de soi (3), ce qui était rendu possible par le fait que des artistes animent ces ateliers livrés dans la communauté. L'hétérogénéité des groupes y aurait aussi contribué,

les jeunes de la population clinique réalisant qu'ils n'étaient pas si différents de ceux de la population non-clinique.

En bref, les concepteurs du programme *Tous en scène!* se sont appuyés sur les données probantes tirées de la littérature des « Arts in Health » pour développer les composantes essentielles du programme. L'évaluation de la mise en œuvre, des effets et des mécanismes sous-jacents aux impacts du programme ont confirmé que les composantes essentielles étaient pertinentes, nécessaires et contribuaient aux impacts positifs sur le fonctionnement global, les compétences sociales et la perception de soi de jeunes présentant des troubles mentaux. Ce programme présentant des résultats prometteurs, l'équipe d'*Espace Transition – CHU Sainte-Justine* nous a sollicité pour les accompagner dans leur première expérience de TC, afin de former de nouveaux intervenants et assurer la pérennité du programme, de même que pouvoir diffuser ce programme basé sur des données probantes dans d'autres milieux de pratique (à plus long terme).

### **Projet-pilote de transfert de connaissances**

Le projet-pilote de formation est conçu comme la première étape d'une stratégie de TC. Il a comme objectif de former de nouveaux intervenants pour l'animation artistique et l'accompagnement clinique du programme *Tous en scène!*.

Cette démarche de TC est conçue en deux étapes, soit la formation et la supervision. Le plan de TC (développé en partenariat avec la coordonnatrice de la démarche de TC, selon le modèle de l'Institut national de santé publique du Québec [30, 31]) prévoit que les nouveaux intervenants reçoivent deux jours de formation (accompagné d'un manuel de formation) et observent quelques ateliers animés par les formateurs durant l'automne 2015. À l'hiver 2016, ceux-ci sont encouragés à prendre en charge le programme, tout en étant supervisés (incluant de la supervision en groupe et individuelle).

La formation de deux jours a comme objectif d'introduire le programme en général (3h), puis plus spécifiquement le volet d'animation artistique (6h) et d'accompagnement

clinique (3h). L'**introduction du programme d'intervention** permet de présenter le contexte clinique (les jeunes et les troubles mentaux), l'approche d'intervention (la réadaptation psychiatrique grâce à l'intervention par les arts), les objectifs et composantes essentielles du programme, de même que les effets et mécanismes d'intervention. La **présentation du volet d'animation artistique** vise à décrire les rôles et fonctions des animateurs de théâtre et de cirque, les objectifs des ateliers artistiques, la structure générale du programme, la description d'exercices techniques et le processus de création du spectacle. De plus, celle-ci inclut une mise en pratique de l'approche basée sur les arts, où les intervenants sont invités à improviser une histoire à partir d'une image absurde. La **présentation du volet d'accompagnement clinique** vise à décrire les rôles et fonctions des accompagnateurs cliniques, le processus de recrutement des participants et de constitution des groupes, de même que les objectifs et modalités d'accompagnement en cours de programme, en plus de présenter des exemples cliniques (situations problématiques rencontrées régulièrement dans le cadre du programme et mises en situation s'appuyant sur des cas vécus). Il est aussi prévu qu'un **manuel de formation** soit fourni au début de la formation, comme support théorique (incluant l'ensemble des informations fournies durant la formation). Pour compléter la formation, il est attendu que les nouveaux intervenants participent à l'**observation des ateliers** animés par les formateurs à l'automne 2015, soit deux ateliers et le spectacle, afin de leur permettre d'assister à un exemple concret d'animation et d'accompagnement du programme.

À l'hiver 2016, les nouveaux intervenants sont invités à prendre en charge le programme *Tous en scène!*. Ainsi, ils sont responsables du groupe de jeunes, mais reçoivent régulièrement de la supervision. Les rencontres de **supervision en groupe** (soit quatre rencontres à intervalles réguliers durant la session d'hiver 2016) leur offrent l'opportunité de discuter du déroulement du programme, des difficultés vécues et des ajustements possibles, afin que les formateurs puissent répondre à leurs questionnements et s'assurer du bon fonctionnement de l'atelier. De plus, il est prévu que les formateurs offrent de la **supervision individuelle** (en personne, au téléphone ou par courriel). Ce type de supervision se veut flexible, dans le but de s'adapter aux besoins des nouveaux

intervenants et d'assurer la disponibilité des formateurs pour répondre aux questions et offrir du soutien personnalisé lorsque nécessaire.

Les futurs animateurs artistiques doivent être des professionnels en arts dramatiques et/ou cirque, ne pas être des thérapeutes et posséder une expérience en animation. Les candidats au rôle d'accompagnateur clinique doivent être des intervenants (professionnels ou en formation) du domaine médical ou psychosocial, formés au modèle psychoéducatif ou à d'autres formes d'accompagnement direct de personnes en difficulté d'adaptation, détenant une expérience significative auprès de jeunes présentant des problèmes de santé mentale [29].

### **Une approche participative pour l'évaluation**

Pour réaliser ce projet, une approche participative a été préconisée (plus spécifiquement, l'évaluation formative centrée sur l'utilisation des résultats [32]). Pour ce faire, la candidate a assisté aux réunions d'équipe en lien avec le processus de TC ainsi qu'à la formation et aux supervisions de groupe. Le plan de TC (résumant les principales activités de TC) a été élaboré conjointement avec la coordonnatrice de la démarche de TC, de même que le devis de recherche, les outils d'évaluation et la synthèse de la littérature sur le domaine des « Arts in Health ». Les formateurs ont participé à l'élaboration et à l'évaluation de la démarche de TC, par exemple en documentant les activités de supervision individuelle. Les nouveaux intervenants ont été régulièrement sondés, grâce aux entrevues de groupe, pour connaître leurs réactions face aux différentes activités de TC. Ils étaient ensuite invités à identifier certains points essentiels qu'ils voulaient communiquer aux formateurs en lien avec la démarche de TC. La semaine suivante, un résumé de la rencontre était transmis par courriel à tous les membres de l'équipe. De plus, les principaux résultats de l'évaluation et les recommandations ont été présentés à l'équipe d'*Espace Transition* après la formation de deux jours (document-résumé et réunion avec l'équipe) et à la fin du processus de TC (réunion avec les coordonnateurs et infographie envoyée à tous les membres), afin de s'assurer qu'ils représentaient bien leur réalité. Enfin,

l'article a été révisé par la coordonnatrice de la démarche de TC et la psychiatre en charge de l'organisme *Espace Transition*.

## Références

1. Boaz A, Baeza J, Fraser A. Effective implementation of research into practice: An overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Research Notes*. 2011;4.
2. Levin B. To know is not enough: Research knowledge and its use. *Review of Education*. 2013;1(1):2-31.
3. Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice. Chichester (Grande-Bretagne) : Blackwell Publishing Ltd. ; 2009. 318 p.
4. Tetroe JM, Graham ID, Foy R, Robinson N, Eccles MP, Wensing M et al. Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: An international study. *Milbank Q*. 2008;86(1):125-155.
5. Eccles M, Grimshaw J, Walker A, Johnston M, Pitts N. Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *J Clin Epidemiol*. 2005;58:107-112.
6. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci*. 2015;10(53).
7. Archambault, L. Evaluation of an innovative art-based rehabilitation program for youths with stabilized psychiatric disorders: the Espace de Transition Program. Montréal (Canada) : Université de Montréal. 2014. 198 p. Dissertation doctorale.
8. Archambault K, Archambault I, Dufour S, Nault-Brière F, Garel P. A mixed methods evaluation of the effects of an innovative art-based rehabilitation program for youths with stabilized psychiatric disorders. *Adolesc Psychiatry*. 2015;5.
9. Dagenais C. Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégier? *Les Sciences de l'éducation – Pour l'Ère nouvelle*. 2006;39(3);23-25.
10. Goldner EM, Jenkins EK, Fischer B. A narrative review of recent developments in knowledge translation and implications for mental health care providers. *La Revue canadienne de psychiatrie*. 2014;59(3).
11. Powell BJ, Proctor EK, Glass JE. A systematic review of strategies for implementing empirically supported mental health interventions. *Res Soc Work Pract*. 2014;24(2):192-212.
12. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009;4(50).
13. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research : Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38;65-76.
14. Rabin BA, Brownson RC, Haire-Joshu D, Kreuter MW, Weaver NL. A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract*. 2008;14(2);117-123.

15. Lemire N, Souffez K, Laurendeau MC. Animer un processus de transfert de connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ); 2009. 59 p. No. de publication : 1012.
16. Cox SM, Lafrenière D, Brett-MacLean P, Collie K, Cooley N, Dunbrack J, et al. Tipping the iceberg? The state of arts and health in Canada. 2010;2(2);109-124.
17. Organisation Mondiale de la santé. Constitution de l'OMS : ses principes. New York ; 1946. Disponible sur < <http://www.who.int/about/mission/fr/> >.
18. Leckey J. The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: A systematic review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2011;18:501-509.
19. Clift S, Camic PM, Chapman B, Clayton G, Daykin N, Eades G, et al. The state of arts and health in England. Arts Health. 2009 (1).
20. Dileo C, Bradt J. On creating the discipline, profession, and evidence in the field of arts and healthcare. Arts Health. 2009;1(2);168-182.
21. Maujean A, Pepping CA, Kendall E. A systematic review of randomized controlled studies of art therapy. Art Therapy. 2014;31(1):37-44.
22. Daykin N, Orme J, Evans D, Salmon D, McEachran M, Brains S. The impact of participation in performing arts on adolescent health and behaviour: A systematic review of the literature. J Health Psychol. 2008;13:251-264.
23. Staricoff RL. Arts in Health : A review of the Medical Literature. Londres : Arts Council England. 2004. 90 p. Rapport de recherche 36.
24. Clift, S. Creative arts as a public health resource: Moving from practice-based research to evidence-based practice. Perspect Public Health. 2010;132(3): 120-127.
25. Hacking S, Secker J, Spandler H, Kent L, Shenton J. Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs. Health Soc Care Community. 2008;16:638-648.
26. Van Lith T, Schofield MJ, Fenner P. Identifying the evidence-base for art-based practices and their potentiel benefit for mental health recovery : A critical review. Disabil Rehabil. 2013;35(16).
27. Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. 2011.
28. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. La prise de décision fondée sur des données probantes [Internet]. Hamilton (Canada) ; 2018 février 1p. Disponible sur <<http://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/01/ef7ae61295beb3765b6940d67be051f1d7ad502d.pdf>>
29. Archambault K, Dubé M, Garel P, Gauthier S, Teyssier F. Guide du programme Tous en scène. Montréal (Canada) : Espace Transition. 2015. 41 p.
30. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert de connaissances [Internet]. Montréal ; 2013 [Cité le 29 mars 2015]. Disponible sur <[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/outil\\_pour\\_soutenir\\_l\\_elaboration\\_d\\_un\\_plan\\_de\\_transfert\\_des\\_connaissances.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/outil_pour_soutenir_l_elaboration_d_un_plan_de_transfert_des_connaissances.pdf)>.
31. Tchameni Ngamon S, Souffez K, Lord C, Dagenais C. Do knowledge translation (KT) plans help to structure KT practices? Health Res Policy Syst. 2016;14(46).

32. Patton MQ. Utilization-focused Evaluation. 4<sup>e</sup> éd. Thousand Oaks (États-Unis) : Sage Publications ; 2008. 688 p.
33. Wood L, Ivery P, Donovan R, Lambin E. “To the beat of a different drum”: improving the social and mental wellbeing of young people through drumming. *J Public Ment Health*. 2013;12(2):70-79.
34. Heenan D. Art as therapy: an effective way of promoting positive mental health? *Disabil Soc*. 2006;21(2):179-191.
35. Orkibi H, Bar N, Eliakim I. The effect of drama-based group therapy on aspects of mental illness stigma. *Arts Psychother*. 2014;41:458-466.
36. Sapouna L, Pamer ER. The transformative potential of the arts in mental health recovery – an Irish research project. *Arts Health*. 2016;8(1):1-12.
37. Goyette M, Chénier G, Royer MN, Noël V. Le soutien au passage à la vie adulte des jeunes recevant des services des centres jeunesse. *Éducation et francophonie*. 2007;35(1):95-119.
38. Turcotte ME, Bellot C. Vers une meilleure compréhension de la contribution des services sociaux à l’insertion sociale de jeunes adultes en difficulté. *Sociétés et jeunesse en difficulté*. 2009:8.
39. Anthony WA, Cohen M, Farkas M, Gagné C. Psychiatric rehabilitation. Boston : Center for Psychiatric rehabilitation. 2002.
40. Kirby JL, Keon WJ. De l’ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Ottawa : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. 2006.
41. Twardzicki, M. Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *J R Soc Promot Health*. 2008;128:68-72.
42. Sweeney S. Art therapy : Promoting wellbeing in rural and remote communities. *Australas Psychiatry*. 2009;17:151-154.
43. Archambault K, Dufour S, Archambault I, Garel P, Gauthier S. Rapport d’évaluation de la mise en œuvre du programme Espace de Transition. Montréal (Canada) : Université de Montréal.
44. Macnaughton J, White M, Stacy R. Researching the benefits of arts in health. *Health Education*. 2005;105(5):332-339.



**Tableau I. Composantes essentielles du programme *Tous en scène!***

Composantes essentielles	Description
Expérience collective	Modalité nécessaire visant à favoriser l'intégration sociale et l'amélioration des compétences sociales [22, 23, 25, 33]
Création et représentation	Création et représentation d'une œuvre collective associée à un sentiment d'accomplissement et davantage de cohésion groupale, de même que la diminution de la stigmatisation [34-36]
Hétérogénéité des groupes	<p>Âge (pour contrer la rupture des services à 18 ans, qui coïncide avec une période de vie instable) [37, 38]</p> <p>Troubles mentaux variés (le programme mise sur la réadaptation, soit le développement des forces et objectifs communs) [39, 40]</p> <p>Populations cliniques et non-cliniques (dans le but de diminuer l'auto-stigmatisation et de modifier les perceptions et attitudes de la population non-clinique) [34, 35, 41]</p>
Contexte normalisant	Les ateliers artistiques sont livrés par des artistes hors des établissements de soins, ce qui favorise l'adhésion au programme [33, 34, 41, 42]
Espace protégé et contexte stimulant	<p>La présence constante d'une accompagnatrice clinique et la supervision clinique offerte par une psychiatre permettent d'offrir un environnement sécurisant [33, 34, 36]</p> <p>La désensibilisation par exposition graduée permet aux jeunes d'acquérir des habiletés, découvrir leur potentiel et vivre une expérience de réussite susceptible d'améliorer leur perception de soi et leur fonctionnement quotidien [43, 44]</p>

## ARTICLE

## INTRODUCTION

### Transfert de connaissances

La recherche sur le transfert des connaissances (TC) est un domaine en pleine émergence. Les pratiques de TC peuvent maintenant s'appuyer sur des revues systématiques et des guides de bonnes pratiques [1-7]. Le TC peut être défini comme un processus englobant toutes les étapes entre la création de nouvelles connaissances et leur application dans la pratique et la prise de décision [8, 9]. Malgré les ressources substantielles investies dans la recherche, incorporer les données issues de la recherche à la pratique pour améliorer la santé et le bien-être des populations reste un défi [2, 3]. Au cours des 15 dernières années, intégrer les données probantes dans l'élaboration des pratiques et politiques sociales est devenu une préoccupation internationale; entre autres, l'OMS, l'OCDE, la Banque Mondiale et plus de 33 agences nationales ont intégré le TC au sein de leur mission [4,9]. Au Canada, les Instituts de recherche en santé (IRSC) considèrent le TC comme un élément fondamental de leur mandat et le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) met de l'avant le TC comme priorité gouvernementale [10, 11]. Au Québec, le TC fait partie intégrante de la mission des organismes de financement de la recherche [12-14].

Les études sur le sujet montrent que les stratégies collaboratives et combinant plusieurs mécanismes de TC seraient les plus efficaces; plus l'interaction entre les chercheurs et les acteurs est importante, plus les stratégies sont diversifiées et intensives, plus la probabilité d'améliorer la pratique augmente [2, 3, 6, 13]. Ces modalités ont été prises en compte dans l'élaboration de la stratégie de TC de l'équipe d'Espace Transition, qui combine diverses activités de TC interactives et intensives. De plus, plusieurs proposent qu'il serait essentiel de prendre en compte les facteurs facilitants et barrières au TC, afin d'adapter la stratégie au contexte et d'en favoriser l'efficacité [1, 5, 6, 15, 16]. Ces facteurs peuvent être regroupés en quatre catégories; les caractéristiques des acteurs (caractéristiques personnelles, telles l'expertise, le degré de réceptivité et l'attitude face à la recherche), le contexte organisationnel (culture organisationnelle soutenant l'apprentissage, l'utilisation de la recherche et le travail en équipe, leadership des acteurs-

clés), les ressources disponibles (humaines, financières, administratives, électroniques) et la stratégie de TC en tant que telle (implication des acteurs et prise en compte de leurs besoins) [1, 2, 4-8, 13, 15].

Malgré la mobilisation grandissante des chercheurs, les données sur l'efficacité des stratégies de TC restent à ce jour limitées, particulièrement dans le domaine de la santé publique [3, 4, 6, 8, 12, 15]. Plusieurs affirment que les futurs travaux devront mettre l'accent sur l'étude des processus qui mènent à l'utilisation des connaissances, l'évaluation de l'efficacité des stratégies de TC et l'étude des facteurs facilitants et barrières au TC, dans le but d'améliorer les pratiques de TC [3, 4, 6, 8, 16]. La présente étude entend contribuer à l'amélioration des pratiques de TC en étudiant ces aspects, dans le cadre de l'évaluation d'une démarche de TC en santé publique portant sur un programme de réadaptation par les arts.

#### Programme novateur de réadaptation par les arts

Dans le domaine de la réadaptation psychiatrique, l'intervention par l'art (ou « Arts in Health ») est de plus en plus reconnue comme ayant des impacts bénéfiques sur la santé mentale et le bien-être ; le volume de publications scientifiques sur le sujet croît rapidement et les agences nationales de plusieurs pays reconnaissent le rôle bénéfique de cette approche novatrice sur la santé et le bien-être de la population [18-20]. La définition des données probantes ne fait pas consensus, certaines ne considérant que les essais contrôlés randomisés et les revues systématiques (tel que la Cochrane Collaboration [21]), d'autres incluant l'ensemble des données empiriques les plus pertinentes et de la meilleure qualité qu'on peut trouver (tel que le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils [22]). Quoi qu'il en soit, on peut considérer que la littérature émergente sur les « Arts in Health » est basée sur des données probantes, puisqu'elle inclut plusieurs revues systématiques [19, 23, 24], des essais contrôlés randomisés [25], de même qu'un important corpus de données empiriques portant sur différents médias artistiques, populations et contextes [18, 26, 27]. L'intervention par l'art serait liée à une augmentation de l'estime de soi, à la diminution de l'exclusion sociale et de la stigmatisation, à l'augmentation des

habiletés expressives et sociales, à la diminution des symptômes psychiatriques et à l'accroissement du bien-être et de la qualité de vie [18-20, 23-27].

Le programme *Tous en scène!* a été élaboré conjointement par des professionnels de la santé et des arts, au sein de l'équipe *Espace Transition* du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (Montréal, Québec). Il a été mis sur pied en 2009, afin de répondre à un problème de santé publique, soit la réadaptation psychosociale de jeunes présentant des troubles mentaux. Face à la rareté et l'inadéquation des ressources leur étant destinées [28, 29], l'organisme *Espace Transition* offre une alternative novatrice de réadaptation par les arts. Il vise les 14-25 ans, population particulièrement à risque de présenter des problèmes d'adaptation sociale, mais pourtant moins enclins à aller chercher de l'aide dans les structures conventionnelles, par crainte d'être stigmatisés. Après un épisode de soins intensifs, la plupart souhaitent se détacher de cet environnement hospitalier, alors même qu'ils vivent une période de vulnérabilité accrue [29, 30].

Le programme *Tous en scène!* vise à favoriser la santé mentale et le bien-être de ces jeunes présentant des troubles mentaux stabilisés, en leur offrant un contexte normalisant et stimulant de transition. Il consiste principalement en des ateliers de cirque et théâtre animés par des artistes dans la communauté (volet d'animation artistique). Un filet de sécurité est assuré par un accompagnateur clinique présent à tous les ateliers (volet d'accompagnement clinique). Dans le but de diminuer la stigmatisation, il inclut autant des jeunes présentant un trouble mental que des jeunes ne présentant aucune problématique particulière.

Les concepteurs se sont basés sur les données probantes tirées de la littérature « Arts in Health » pour déterminer quelles seraient les composantes essentielles du programme, soit : expérience collective [18, 23, 31], création et représentation d'une œuvre collective [20, 32], hétérogénéité des groupes [33, 34] (âge, problématiques, populations cliniques et non-cliniques), contexte normalisant (ateliers artistiques animés par des artistes et livrés dans la communauté) [31, 33, 35], espace protégé et stimulant (accompagnement clinique et gradation de la difficulté des exercices) [31, 35].

Le programme *Tous en scène!* a fait, entre 2009 et 2015, l'objet d'une évaluation de mise en œuvre et des effets, de même qu'une étude exploratoire sur ses mécanismes d'action [36, 37]. Les résultats montrent que la plupart des composantes essentielles ont été livrées telles que prévu et qu'elles étaient pertinentes et nécessaires à l'atteinte des objectifs du programme. De même, les participants présentaient des niveaux élevés d'assiduité, d'engagement et d'appréciation du programme et une amélioration significative du fonctionnement psychosocial (incluant la diminution des symptômes psychiatriques), de même que des changements positifs chez une grande proportion au niveau du confort relationnel, des compétences sociales et de la perception de soi.

Pour assurer la pérennité de ce programme basé sur des données probantes, pouvoir l'offrir à un plus grand nombre de jeunes et éventuellement l'implanter au sein de nouveaux milieux de pratique, une démarche de transfert de connaissances a été mise sur pied. La première phase, évaluée dans cette étude, consiste en un projet-pilote de formation de nouveaux intervenants.

#### Projet-pilote de transfert de connaissances

La démarche de TC se présente en deux étapes : la formation (offerte à l'automne 2015) et la supervision (offerte à l'hiver 2016). Un plan de TC (se référer au tableau I, p. 44) a été développé en partenariat avec la coordonnatrice de la démarche de TC, selon le modèle de l'Institut national de santé publique du Québec [14, 38]. Celui-ci prévoit que les nouveaux intervenants assistent à deux jours de formation et reçoivent un manuel de formation à l'automne 2015; ils sont ensuite invités à observer quelques ateliers du programme *Tous en scène!* À l'hiver 2016, il est prévu qu'ils prennent en charge le programme et reçoivent de la supervision en groupe (quatre rencontres) et individuelle (au besoin).

## Objectifs d'évaluation

La présente étude consiste en l'évaluation formative d'une démarche de TC, soit la formation de nouveaux intervenants au sein d'un programme novateur de réadaptation par les arts, dans le but de l'améliorer et d'améliorer les pratiques de TC en santé publique. Les objectifs de l'évaluation sont les suivants :

### Évaluation d'implantation

- Évaluer la mise en œuvre de la démarche de TC

### Évaluation des processus

- Examiner la réaction des participants face aux activités de TC
- Identifier les facteurs qui ont favorisé ou entravé le processus de TC

### Évaluation des effets

- Évaluer les effets du projet-pilote de TC, selon la perception des participants

La discussion permettra d'identifier si les facteurs facilitants et barrières au TC identifiés dans cette étude convergent avec la littérature récente sur le sujet, en plus de partager les leçons apprises sur l'évaluation du TC dans le domaine de la santé publique.

## **MÉTHODOLOGIE**

### Participants

La population d'intérêt est répartie en deux groupes : les formateurs et les nouveaux intervenants. Les formateurs incluent la psychiatre en charge de l'organisme *Espace Transition*, la coordonnatrice de la démarche de TC, l'adjointe à la coordination, les deux animateurs artistiques (des professionnels en théâtre et cirque) et la coordonnatrice clinique (une psychoéducatrice,  $n = 6$ ). Les nouveaux intervenants ont été recrutés en septembre

2015 selon une méthode d'échantillonnage non-probabiliste par choix raisonné [39] au sein de l'entourage professionnel des membres de l'équipe d'*Espace Transition* ( $n = 8$ ). Ils incluent un animateur artistique (un professionnel en théâtre) et deux accompagnatrices cliniques (une infirmière et une psychoéducatrice) qui ont participé à l'ensemble de la démarche de TC ( $n = 3$ ), de même que les participants qui ont assisté uniquement à la formation de deux jours (deux professionnels en théâtre, deux infirmières et une secrétaire médicale,  $n = 5$ ). En tout, l'étude compte 14 participants, 4 hommes et 10 femmes, âgés entre 24 ans et 62 ans ( $M = 38,9$ ,  $SD = 12,8$ ), possédant en majorité un diplôme de baccalauréat. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et le consentement libre et éclairé de tous les participants a été obtenu.

### Procédure générale

Ce projet de recherche est élaboré selon une approche participative, soit l'évaluation formative centrée sur l'utilisation des résultats [40, 41]. Cette approche prône l'implication des acteurs dans les activités de recherche, afin de les inclure dans le processus de réflexion, d'augmenter la probabilité que les résultats de l'évaluation soient utilisés et ainsi favoriser l'amélioration de la stratégie de TC. La première auteure de cet article a pris part aux principales activités de TC et consulté les acteurs tout au long du processus, afin de s'assurer que les résultats représentent bien leur réalité et augmenter la validité des résultats.

L'étude s'inscrit dans une démarche empirico-inductive, caractéristique de la recherche qualitative, privilégiant l'expérience et le point de vue des acteurs [42] et s'appuie sur une méthode mixte, afin d'obtenir une compréhension riche du phénomène à l'étude [43]. Des données qualitatives (provenant des entrevues), quantitatives (provenant d'un questionnaire) et documentaires (provenant de la grille de monitoring) ont été colligées et analysées, afin d'obtenir un portrait global des processus de mise en œuvre de la démarche de TC [41].



## Instruments et procédures d'évaluation

L'évaluation utilise comme principal outil de collecte des données **1) des entretiens semi-structurés**. Des outils complémentaires permettent de trianguler les informations recueillies et de répondre spécifiquement à certains objectifs de l'évaluation, soit **2) une grille de monitoring des activités**, **3) un questionnaire de réaction** et **4) des Focus Groups**. Ces outils de collecte de données sont couramment mobilisés dans les évaluations ayant comme fonction d'améliorer un programme (évaluation formative), de même que celles utilisant des méthodes mixtes [41, 44].

**Entretiens semi-structurés.** Les entretiens individuelles ont pris place en avril 2016, pour évaluer rétrospectivement l'ensemble de la démarche de TC (formation et supervision) auprès des formateurs et des nouveaux intervenants ( $n = 9$ ). Ces entretiens face-à-face, d'une durée de 60-90 minutes, ont été menés par la première auteure, enregistrées sur un support numérique et retranscrites intégralement. Elles ont permis de répondre à tous les objectifs d'évaluation, en posant des questions ouvertes (ex : Comment avez-vous vécu cette première expérience en tant que formateur / nouvel intervenant ? Que pensez-vous des changements entre le plan initial et le déroulement de la démarche de TC, comment les expliquez-vous ?) et en faisant un retour sur chaque activité de TC.

**Grille de monitoring des activités.** La grille de monitoring des activités, inspirée de Dagenais et coll. [45] et basée sur le plan de TC (se référer au tableau I, p. 44), a permis de documenter l'ensemble de la démarche de TC et mesurer les écarts entre ce qui a été mis en place et ce qui était prévu (évaluation d'implantation). La première auteure a complété une grille de monitoring à la fin de l'ensemble des activités de formation et après chaque activité de supervision en groupe. L'accompagnatrice clinique et les animateurs artistiques ont quant à eux complété une grille de monitoring à l'occasion de chaque activité de supervision individuelle (date, type d'activité, durée, lieu, résumé de l'activité, répondant).

**Questionnaire de réaction.** L'évaluation des réactions des nouveaux intervenants, incluant ceux qui ont uniquement participé à la formation de deux jours et la nouvelle adjointe à la coordination ( $n = 9$ ), a permis d'avoir accès à leur perception de ce qui a favorisé ou entravé leur apprentissage (évaluation des processus). Le questionnaire d'évaluation de la formation a été administré directement après celle-ci, soit le 1<sup>er</sup> novembre 2015. Il est inspiré du « Participant Workshop Evaluation Questionnaire », validé par Dagenais et coll. [46]. Ce dernier présente une cohérence interne élevée (soit quatre coefficients de cohérence variant entre 0,73 et 0,92) et mesure efficacement les réactions des participants face aux éléments importants du programme. Le questionnaire de réaction comporte 45 items mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à 6 niveaux, concernant l'appréciation générale de la formation (échelle globale), de même que l'appréciation d'aspects particuliers de celle-ci, soit l'organisation, le matériel, la stratégie pédagogique, l'animation et le contenu (ex : De façon générale, je suis satisfait de cette formation; J'ai apprécié la formule interactive de la formation ; Dans la présentation du volet d'animation artistique, les concepts présentés étaient clairs.)

**Focus Groups.** Quatre *Focus Groups*, d'une durée d'environ 30 minutes, ont eu lieu à intervalles réguliers durant la session d'hiver 2016, afin de recueillir la perception des nouveaux intervenants sur la pertinence, les forces et les faiblesses des différentes modalités de supervision (évaluation des processus). Les nouveaux intervenants ont été présents à l'ensemble des Focus Groups ( $n = 3$ ), à l'exception d'une personne à la quatrième rencontre. Un cinquième *Focus Group*, d'une durée de 2h30, a pris place en juin 2016, pour évaluer rétrospectivement l'ensemble de la stratégie de TC auprès des formateurs et des nouveaux intervenants (évaluation d'implantation, des processus et des effets,  $n = 9$ ). Celui-ci a permis de faire un retour collectif sur la démarche de TC (réactions face aux différentes activités de TC, facteurs facilitants et barrières, effets attendus et inattendus), observer ce qui faisait consensus ou non dans le groupe et comprendre mieux où les membres d'*Espace Transition* se situaient à la fin de cette première expérience de TC. Tous les *Focus Groups* ont été animés par la première auteure, enregistrés sur support numérique et retranscrits intégralement.

## Analyses

Selon la méthode mixte de type « triangulation-convergence », les données documentaires, quantitatives et qualitatives ont été analysées séparément par la première auteure, pour ensuite être intégrées et comparées lors de l'interprétation des données, afin d'étudier le phénomène de manière complémentaire et nuancer/renforcer les résultats de l'évaluation [43].

L'analyse documentaire de conformité a permis de mesurer les écarts d'implantation entre ce qui a été mis en place et ce qui était prévu, en comparant les données provenant de la grille de monitoring des activités au plan de TC [41]. L'analyse descriptive des données quantitatives, provenant du questionnaire de réaction, a permis de construire un histogramme des scores et de connaître la distribution du taux de satisfaction des participants, grâce à des tableaux d'inférences statistiques [47]. Pour l'analyse des données qualitatives, provenant des entrevues semi-structurées et des *Focus Groups*, la méthode thématique a été privilégiée. Ainsi, les données ont été codifiées à l'aide du logiciel QDA Miner de sorte à faire émerger les thèmes centraux présents dans le discours des acteurs, à les hiérarchiser selon une démarche de thématization en continue et à élaborer un arbre thématique [42, 48]. La première auteure a codifié l'ensemble du matériel et a consulté un expert dans le domaine de l'analyse qualitative en début et fin de processus, pour établir la stratégie de codage et valider l'arbre thématique. Enfin, l'analyse transversale a permis de rassembler ce qui appartenait aux mêmes thèmes et de faire ressortir les points marquants de l'expérience des acteurs, grâce à une synthèse des points convergents et divergents sur chaque thème, en triangulant les méthodes, instruments, sources et temps de données [43, 49].

## RÉSULTATS

### Évaluation d'implantation

L'évaluation d'implantation, dans le contexte de ce projet-pilote de TC, vise à évaluer si celui-ci a été réalisé comme prévu. Il s'agit donc d'une analyse de conformité qui permet de déterminer si les activités prévues (se référer au plan de TC, tableau I, p. 44) ont bien été mises en place (se référer au tableau II, qui résume les activités prévues et réalisées, p. 45) [41].

Globalement, les modalités de formation et supervision pour le volet clinique ont été mises sur pied pratiquement comme prévu, contrairement au volet artistique où il y a eu des écarts importants. De fait, la formation à l'automne 2015 s'est déroulée comme prévu, à l'exception du fait que le manuel de formation n'a été rendu disponible qu'à la fin de la démarche de TC et qu'il n'y a pas eu d'observation d'ateliers pour le volet artistique. Pour ce qui est de la supervision, le volet clinique s'est déroulé comme prévu, mais il n'y a pas eu de prise en charge du groupe et de rétroaction individuelle pour le volet artistique. De plus, la supervision en groupe a eu lieu comme prévu, mais elle s'est centrée principalement sur la communication dans l'équipe plutôt que sur l'accompagnement des nouveaux intervenants.

Dans le contexte de ce projet-pilote, la démarche de TC s'est avérée « une étape intermédiaire », soit une première phase de formation. Les constats réalisés grâce à l'analyse de conformité trouvent écho dans le discours de certains des répondants interrogés, tels que l'illustrent les propos d'un membre de l'équipe d'*Espace Transition* :

« À mon sens à moi, ça a fait que... notre ultime étape de transfert dans cette démarche-là... ne s'est pas du tout concrétisée tel que prévu. ... En fait, je pense qu'au plan de l'accompagnement clinique, elle s'est concrétisée. Par ailleurs, pour la partie artistique, ça ne semble pas avoir été le cas... ça a été de la co-animation... on avait plutôt prévu qu'il (le nouvel animateur) anime, de façon autonome, cet atelier-là. En réalité, ça aura... été, disons, ...une étape intermédiaire... »

## Évaluation des processus

L'évaluation des processus de mise en œuvre vise à examiner les sous-dimensions d'implantation pouvant expliquer les effets de la démarche de TC, en observant les réactions des acteurs face aux activités de TC et en identifiant les facteurs facilitants et barrières au processus de TC [41].

### Réactions à la formation

L'analyse des données provenant du questionnaire de réaction montre que les nouveaux intervenants ont été généralement très satisfaits de la formation ( $M = 5,57/6$ ,  $SD = 0,30$ ), qu'ils la recommanderaient à d'autres professionnels et qu'ils ont particulièrement apprécié l'animation de la formation et sa formule interactive (mise en pratique, échanges en groupe, vidéos). Ces résultats vont dans le même sens que ceux produits par l'analyse des entrevues individuelles. Les participants ont ajouté que la formation de deux jours était bien structurée et complète, que la présentation du programme d'intervention était claire et intéressante et que la présentation du volet clinique était particulièrement concrète et utile. En revanche, la présentation du volet artistique n'était pas selon eux assez claire, concise et interactive. De même, ils ont proposé d'ajouter une description plus complète de la structure artistique durant les 12 semaines du programme et des types d'exercices créatifs présentés aux jeunes. De plus, l'observation des ateliers a été considérée comme une modalité très pertinente, mais trop intensive; il était suggéré qu'observer 2-3 ateliers, plutôt qu'une session au complet, aurait été suffisant pour avoir un portrait global du programme. Quant au manuel de formation, il a été jugé généralement clair et bien construit, expliquant bien les principes de base sans être trop rigide, mais tous ont déploré qu'il ait été distribué à la fin de la démarche de TC et non lors de la formation. Plus généralement, les modalités de formation/supervision ont été perçues comme un peu trop intensives (en lien avec le nombre d'ateliers à observer, le nombre de rencontres de supervision et le format de co-animation artistique), ce qui est mis en lumière par un nouvel intervenant : « Je pense que le modèle était bon, c'était juste le temps pour le faire qui a été surévalué. »

### Réactions à la supervision

Dans les entrevues individuelles et *Focus Groups*, les nouveaux intervenants ont dit particulièrement apprécier l'encadrement fourni, l'adaptation de la supervision à leurs besoins individuels et la grande disponibilité des formateurs. Cependant, les supervisions en groupe ont été perçues comme moins utiles pour leur formation, celles-ci étant axées davantage sur la communication dans l'équipe plutôt que sur la supervision des nouveaux intervenants, mais considérées comme essentielles pour la cohésion dans l'équipe. Le climat informel et convivial a été apprécié, mais l'objectif de ces rencontres n'aurait pas été assez clair. Pour ce qui est de la supervision individuelle, elle a été jugée suffisante dans le contexte de co-animation artistique (elle n'intégrait pas de rétroaction individuelle, mais permettait de répondre aux questions du nouvel animateur et de planifier les ateliers). Dans le cadre du volet d'accompagnement clinique, elle aurait été rassurante, utile et jugée comme la modalité de supervision la plus pertinente.

### Facteurs facilitants et barrières

L'évaluation d'implantation montre que certaines activités n'ont pas eu lieu comme prévu. Pour expliquer ces écarts d'implantation, les nouveaux intervenants et les formateurs ont identifié plusieurs facteurs ayant favorisé ou entravé cette stratégie de TC, dans les entrevues individuelles et les *Focus Groups*.

Tout d'abord, la responsable du TC et la directrice de l'organisme *Espace Transition* ont dû s'absenter, pour des raisons de force majeure, pendant toute la phase de mise en œuvre de la démarche de TC. Cette absence imprévue et prolongée des promoteurs du projet a produit des écarts relativement importants entre ce qui était prévu et ce qui a été mis en place, comme décrit par un membre de l'équipe d'*Espace Transition* :

« ... finalement, les deux leaders en poste de la démarche n'étaient... pas présents. Tout le monde a eu plein de bonne volonté, ils ont fait plein de bons coups aussi. Mais on ne peut pas leur demander de porter quelque chose qu'ils n'incarnaient pas, qu'ils ne comprenaient pas bien... Tu leur demandes... de prendre le leadership, ils vont le prendre, du mieux qu'ils vont pouvoir, avec l'info qu'ils vont posséder. ... »

Mais je pense que clairement, si tu me parles de cette démarche-là, en tout cas pour la concrétisation des dernières étapes, c'est un obstacle majeur. »

Ainsi, le manque de soutien pour assurer l'implantation fidèle du plan de TC a engendré des écarts. Dans ce contexte d'adaptation, la démarche de TC et les rôles de chacun étaient plus flous et cela a donné lieu à différentes visions des objectifs et de la stratégie de TC. De plus, le manque d'expérience en tant que formateur a été mentionné, de même que le manque de temps pour mettre sur pied la démarche de TC dans les délais prescrits. Pour assurer le bien-être des jeunes, il a été décidé de mettre sur pied une première étape de TC plus prudente (soit que le nouvel animateur co-anime le programme au lieu de le prendre en charge). Face à ces changements, la supervision en groupe est devenue une réunion favorisant la communication dans l'équipe, ce qui s'est avéré être essentiel lors de cette étape intermédiaire.

Le facteur facilitant principal dans cette démarche, mentionné par tous les participants de l'étude, a été la motivation, l'engagement et l'adaptation de tous les membres de l'équipe, sans quoi le projet-pilote de TC n'aurait pu avoir lieu. Un membre de l'équipe d'*Espace Transition* l'illustre ainsi : « C'est pour ça que le projet marche. ...C'est ça aussi, parce que le projet, ce n'est pas une structure, ce n'est pas du béton, ... C'est des gens qui montrent de l'adaptation, de la souplesse, de l'honnêteté, de la générosité... ». La passion commune des membres d'*Espace Transition* pour le projet, les valeurs humaines partagées et la richesse d'expérience ont été soulignés à maintes reprises. De plus, malgré certaines divergences d'opinion et différents obstacles, les membres ont mentionné avoir eu beaucoup de plaisir ensemble et apprécier la spontanéité et l'authenticité de tous, ce qui a contribué à rendre ce processus de TC plus harmonieux et organique. Tous les membres (incluant les nouveaux intervenants) ont été valorisés dans leur rôle respectif et perçu comme compétents. Enfin, les ressources financières disponibles ont facilité ce processus. En effet, *Espace Transition* a reçu une subvention privée dédiée à soutenir le processus de TC.

Cependant, les résultats indiquent que l'engagement émotif des membres de ce projet a pu contribuer aux écarts d'implantation, par exemple en mettant en place une

stratégie de TC trop intensive (ex : observer toute une session du programme au lieu de quelques ateliers, co-animer plutôt que de laisser l'animateur artistique prendre en charge le groupe).

### **Évaluation des effets perçus**

Dans le contexte de ce projet-pilote, il n'est pas possible d'évaluer le plan initial de la démarche de TC, puisque son implantation est incomplète, ce qui constitue en soi une limite importante. Cette évaluation ne permet pas de porter un jugement définitif sur l'efficacité de la formation des nouveaux intervenants. Cependant, il est possible de déterminer à quel point les nouveaux intervenants et membres d'*Espace Transition* perçoivent que ce projet-pilote de formation/supervision a permis de transférer les connaissances, attitudes et habiletés nécessaires à l'animation et l'accompagnement du programme *Tous en scène!*

Ainsi, tous les membres d'*Espace Transition* ont affirmé que selon eux les nouveaux intervenants étaient prêts à animer et accompagner de façon autonome le programme *Tous en scène!*, tout en continuant de recevoir de la supervision continue et ceux-ci ont attesté se sentir prêts à le prendre en charge.

En lien avec la stratégie de TC, le volet de présentation du programme d'intervention (formation) et le volet d'accompagnement clinique (formation et supervision individuelle) sont considérés par tous les participants comme prêts à être implantés dans d'autres milieux de pratique. En revanche, l'articulation du volet d'animation artistique n'est pas jugée complète. On mentionne qu'il manquerait des informations essentielles dans la formation (ex : description plus exhaustive de la structure du programme et des types d'exercices). De plus, le nouvel animateur artistique n'aurait pas animé seul les ateliers, il aurait plutôt été assisté par les formateurs. Les répondants affirment que l'animateur aurait bénéficié qu'on le mette davantage au défi et qu'on le laisse progressivement animer de façon autonome les ateliers pour développer davantage ses compétences.



Bien que cette démarche de TC ait été sujette à des écarts d'implantation relativement importants, elle semble avoir engendré des effets bénéfiques inattendus. Ce projet-pilote est devenu un contexte privilégié d'expérimentation et de discussion sur la stratégie de TC, permettant de clarifier les éléments essentiels du programme et la meilleure façon de les transmettre, de même que mettre sur pied une boîte à outils de formation/supervision. De plus, les membres d'*Espace Transition* ont pu intégrer progressivement leur rôle de formateur, développer une plus grande appropriation du programme, de même qu'une meilleure compréhension du processus de TC et des questionnements pertinents quant au futur de l'organisme. Un membre de l'équipe d'*Espace Transition* le résume en ces mots : « ... on a sorti les grandes lignes justement de ce qu'il faut transmettre... là on sait plus c'est quoi précisément qu'on a à transmettre... Ça nous a permis de cheminer comme formateurs... puis là, je vais pouvoir mettre ma casquette de formateur! » Enfin, en l'absence de leadership central, la coordination du programme a été transférée à une nouvelle adjointe, ce qui était tout à fait inattendu.

## DISCUSSION

L'évaluation formative de la formation/supervision de nouveaux intervenants, mise sur pied par l'organisme *Espace Transition* du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (Montréal, Québec), a permis de documenter l'implantation de cette démarche de TC, identifier les facteurs facilitants/barrières et recueillir la perception des participants sur son efficacité.

Les activités de TC ont été mises sur pied pratiquement comme prévu pour le volet clinique, contrairement au volet artistique où il y a eu des écarts d'implantation importants. Ce projet-pilote est donc considéré comme une étape intermédiaire, son évaluation ne permettant pas de porter un jugement évaluatif final, mais les répondants considèrent qu'il a préparé les nouveaux intervenants à prendre en charge le programme d'intervention, avec de la supervision continue. Cette première étape de TC aura permis de définir plus clairement le volet artistique, de mettre sur pied une boîte à outils de

formation/supervision, de favoriser une intégration progressive du rôle de formateur et le développement d'une meilleure compréhension du processus de TC. Elle constitue une étape importante pour le processus de TC de ce programme novateur basé sur des données probantes. De plus, elle nous permet d'en apprendre davantage sur les facteurs facilitants et barrières au TC et sur comment évaluer le TC dans le contexte d'une intervention sociale complexe en santé publique.

#### Facteurs facilitants et obstacles à une démarche de TC : directions futures

Dans cette démarche de TC, l'impact lié aux facteurs organisationnels a été prédominant. La barrière la plus importante a été le manque de leadership central, dû à l'absence imprévue et prolongée de la coordonnatrice de la démarche de TC et de la directrice d'*Espace Transition*, pour des raisons de force majeure. Plusieurs articles récents concluent qu'un leadership fort est essentiel à la bonne marche d'une stratégie de TC [50, 51]. Dans cette évaluation, un lien a été observé plus spécifiquement entre l'absence de leadership central, le manque de consensus dans l'équipe sur les objectifs du TC et ce qu'on doit mettre en place pour les atteindre et le fait que les buts, activités de TC et rôles des participants ne soient pas clairs. Gagliardi et coll. [51] proposent que le manque de clarification des objectifs, attentes, stratégies de TC et rôles de chacun constituerait une barrière à l'implantation. Breckon et coll. [5] mettent en lumière l'importance de construire une compréhension et un accord mutuel entre toutes les parties impliquées. Ces auteurs soulignent aussi l'importance de soutenir le développement des compétences liées au TC. Au niveau des caractéristiques des acteurs, le manque d'expertise des formateurs a été rapporté, ce projet-pilote de TC ayant plutôt servi à les aider à se familiariser et développer une meilleure compréhension de leur nouveau rôle et du processus de TC. Ainsi, autant l'absence de leadership central que le manque de compétences individuelles liées au TC engendrerait un manque d'accord mutuel et de compréhension partagée sur les buts, rôles et stratégies de TC au sein de l'équipe. Ce lien pourrait être exploré au sein de recherches futures.

En contrepartie, le principal facteur facilitant dans ce projet-pilote de TC a été, quant à lui, l'engagement et la motivation des membres de l'équipe. Selon Bergström et coll. [1], l'engagement est un facteur critique dans l'implantation de pratiques basées sur les données probantes. Moran et coll. [52] proposent qu'il serait lié à des niveaux élevés de participation, de changement dans la culture organisationnelle, de programmes durables et de services de meilleure qualité. Meyer et coll. [53] ajoutent que l'engagement envers l'organisation permet d'expliquer la motivation de l'individu à agir, en dépit d'attitudes conflictuelles. Cela pourrait expliquer la mobilisation de tous les membres de l'équipe pour implanter la démarche de TC, malgré que ce processus de changement puisse être confrontant et engendrer des divergences d'opinion. Cette étude a également permis d'identifier que les facteurs favorables au processus de TC se trouvaient au cœur des valeurs de l'organisation; l'engagement et la motivation, la capacité d'adaptation, les valeurs humaines (ex : générosité, authenticité) et la compétence. Dans le domaine de la psychologie organisationnelle, il est reconnu que les valeurs de l'organisation ont une influence profonde sur les attitudes des membres. La congruence subjective entre les valeurs personnelles et celles de l'organisation favoriserait une attitude positive et l'engagement affectif envers l'organisation [54]. Dans cette étude, les membres de l'équipe présentant tous un niveau élevé d'engagement et des valeurs organisationnelles communes, on peut donc penser que ces variables peuvent s'inter-influencer et faciliter l'implantation d'un processus de TC. Par exemple, dans le cas présent, cela a permis à la démarche de subsister malgré l'absence des deux leaders initiales. Il serait intéressant d'observer si ce lien était répliqué dans d'autres études. Par ailleurs, il a été observé que l'engagement émotif peut être lié à des écarts d'implantation, par exemple en mettant en œuvre une stratégie de TC trop intensive par rapport aux besoins des personnes formées, de crainte de laisser aller le programme aux mains de nouvelles personnes. Il pourrait être pertinent d'investiguer davantage sur le sujet.

De plus, les participants ont noté que la formule interactive de la formation facilitait l'apprentissage, que le format collaboratif des supervisions était nécessaire pour favoriser la communication et la cohésion dans l'équipe et que l'une des grandes forces de la supervision était qu'elle était adaptée à leurs besoins, ce qui concorde avec les dernières

études sur le sujet, qui mettent de l'avant les stratégies collaboratives et interactives de TC [16, 17, 55]. Quant aux ressources disponibles, le manque de ressources humaines et de temps pour implanter la stratégie de TC dans les délais prévus ont constitué des barrières importantes, tandis que les ressources financières ont favorisé la mise en œuvre du processus de TC, résultats qui vont aussi dans le même sens que la littérature récente [16, 51, 55].

En bref, les données sur les meilleures pratiques de TC étant limitées, il est essentiel de documenter les processus qui mènent à l'utilisation des connaissances, pour mieux comprendre comment favoriser l'efficacité des pratiques de TC et améliorer la santé et le bien-être des populations.

### Évaluation du transfert de connaissances en santé publique

Dans le domaine de la santé publique, les interventions sociales sont de plus en plus complexes. Ce sont souvent des démarches multidisciplinaires, impliquant plusieurs acteurs, qui doivent être adaptées au contexte local et incluent diverses stratégies de façon non-linéaire. Contrairement aux stratégies linéaires, celles-ci peuvent être implantées à différents moments, par différents professionnels, auprès de diverses populations et peuvent être transformées et adaptées selon les besoins des acteurs grâce à la rétroaction continue [12, 56, 57]. Évaluer le TC au sein d'interventions sociales complexes représente un défi considérable. Selon la synthèse exploratoire de Dagenais et coll. [12, 56], ce domaine de recherche n'est pas encore très développé, la majorité des études sur le sujet n'ayant été publiées que depuis les 10 dernières années. Pour comprendre ce phénomène complexe de façon approfondie, ces auteurs préconisent l'utilisation de méthodes mixtes. Les méthodes mixtes permettent d'évaluer autant l'implantation que les facteurs contextuels et les retombées de l'étude [17]. Ces recommandations trouvent écho dans l'évaluation de ce projet-pilote de TC en santé publique, où l'adoption d'une méthode mixte a permis d'avoir accès à la complexité de ce programme en évolution. Utiliser une méthode purement quantitative n'aurait pas permis d'identifier les facteurs ayant facilité ou entravé la stratégie de TC, ni les effets indirects et inattendus de l'évaluation. Ceux-ci

sont pourtant essentiels pour avoir un portrait global de la démarche de TC et pour favoriser l'amélioration de cette démarche et des pratiques de TC en général. Grâce à la triangulation des méthodes, instruments, sources et temps de collecte de données, cette méthode a permis de produire des résultats riches et pertinents, de même qu'augmenter la robustesse des liens. De fait, la triangulation a permis d'intégrer différents types de données, de les comparer, d'observer s'il y avait convergence et de nuancer lorsque certains résultats divergeaient. Ainsi, avoir accès à plusieurs paramètres méthodologiques permet de renforcer la richesse et la validité des résultats.

De plus, la grande force de cette évaluation de TC, dans le contexte d'une intervention sociale complexe en santé publique, est son approche participative. L'approche participative vise à produire du savoir ayant le potentiel de mener au changement et à l'amélioration des pratiques et politiques sociales [58, 59]. Richard et coll. [60] proposent que les initiatives basées sur les partenariats et la collaboration favorisent l'évaluation des stratégies de TC au sein d'interventions sociales complexes en santé publique. Dans cette étude, celle-ci a permis d'améliorer autant l'évaluation que la démarche de TC. La collaboration avec l'équipe et la participation de la première auteure aux principales activités de TC a permis d'acquérir une compréhension riche du programme et du contexte, facilitant ainsi l'interprétation des résultats. Les résultats de l'évaluation ont d'ailleurs été présentés aux coordonnateurs du programme, qui ont confirmé qu'ils proposaient une analyse pertinente de la situation et représentaient bien leur réalité. Cette approche participative a donc permis d'augmenter la validité des résultats de l'évaluation. On peut également avancer qu'elle a aussi permis d'améliorer de façon continue la stratégie de TC. En effet, comme proposé par Patton [40], impliquer les acteurs dans les activités de recherche leur permet d'intégrer une posture réflexive sur leurs pratiques, par exemple en se questionnant tout au long du processus sur la meilleure façon de transférer les savoirs. De plus, la première auteure de cet article a pu aider l'équipe à mieux comprendre le processus de TC, en clarifiant certaines notions de base. L'évaluation a aussi été décrite comme structurante, la modélisation du plan de TC en partenariat avec la coordonnatrice de la démarche de TC et la prise en compte des échéances universitaires permettant d'établir les balises de cette première phase de TC. En somme, l'approche

participative permet d'avoir accès à la complexité des interventions sociales en santé publique et de travailler avec cette complexité pour produire des pratiques de TC pertinentes et menant au changement.

### Forces et limites de l'étude

L'utilisation d'une méthode mixte et d'une approche participative a permis d'augmenter la validité et l'utilité de l'évaluation. Cependant, il est à noter que les données qualitatives étaient au cœur de l'évaluation et que les données quantitatives et documentaires étaient plus limitées; elles permettaient de répondre à des objectifs d'évaluation spécifiques et de compléter les données qualitatives. De même, utiliser une approche participative comporte ses défis. Tout d'abord, comme la position du chercheur n'est pas complètement neutre, celui-ci doit tâcher de demeurer activement réflexif par rapport à son engagement. La première auteure a adopté un rôle de consultante, en participant à l'élaboration du plan de TC, en répondant aux questions des participants sur les notions de base du TC et en recueillant leurs réactions et perceptions face à la démarche de TC. De même, la coordonnatrice de la démarche de TC et la directrice de l'organisme *Espace Transition* ont participé au projet de recherche et à la rédaction de l'article. Impliquer les participants favorise l'utilisation des résultats et l'amélioration du programme [40]. En revanche, pour assurer un regard objectif sur l'évaluation, la collecte de données et la majeure partie de l'interprétation des données ont été réalisées par la première auteure de cet article, provenant du milieu universitaire. Une autre limite est liée à la généralisation des résultats. Cette étude a analysé en profondeur une stratégie de TC précise, auprès d'une population restreinte. Plus un projet de recherche est spécifique et pertinent pour le milieu de pratique, plus la généralisation des résultats est limitée. Pour pallier cette limite, des liens entre les résultats de l'évaluation et les recherches récentes sur le TC ont été discutés et les leçons apprises face à l'évaluation du TC en santé publique ont été partagées.

## RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

### Leçons apprises sur les facteurs facilitants et les barrières au TC

Les résultats de cette étude convergent avec les recherches récentes sur le sujet et proposent de nouveaux liens, rappelant la nécessité d'étudier les processus de TC pour mieux comprendre le contexte et améliorer les stratégies de TC. Voici les recommandations que nous proposons pour augmenter l'efficacité des pratiques de TC :

- Privilégier la présence d'un leadership central et le développement de compétences individuelles liées au TC, afin de favoriser un accord mutuel et une compréhension partagée sur les buts, rôles et stratégies de TC au sein de l'équipe.
- Encourager la motivation et l'engagement des membres envers l'organisation, de même que le développement de valeurs organisationnelles communes, pour favoriser la mobilisation dans l'implantation des stratégies de TC.
- Favoriser la disponibilité des ressources humaines (nombre d'employés), administratives (temps requis) et financières (budget) adéquates.

### Leçons apprises sur l'évaluation du TC en santé publique

Plus spécifiquement, le domaine de l'évaluation du TC en santé publique étant encore relativement récent, il est d'autant plus pertinent de documenter ces pratiques. Afin de compléter la littérature sur le sujet, voici les recommandations que nous proposons pour évaluer le TC en santé publique :

- Privilégier une méthode mixte dans l'évaluation du TC, afin d'avoir accès à des données riches, pertinentes et valides.
- Adopter une approche participative dans l'évaluation du TC, afin de pouvoir mieux capter la complexité inhérente aux interventions sociales en santé publique.

En conclusion, cette étude réaffirme l'importance d'évaluer les stratégies de TC en santé publique, afin de comprendre de mieux en mieux comment combler le fossé qui sépare le monde de la recherche de celui de la pratique et ainsi pouvoir offrir à la population des services de santé de qualité et améliorer le bien-être collectif.



## Références

1. Bergström A, Skeen S, Duc MD, Zelaya Blandon E, Estabrooks C, Gustavsson P, et al. Health system context and implementation of evidence-based practices – development and validation of the Context Assessment for Community Health (COACH) tool for low- and middle-income settings. *Implement Sci.* 2015;10(120).
2. Boaz A, Baeza J, Fraser A. Effective implementation of research into practice: An overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Research Notes.* 2011;4.
3. Goldner EM, Jenkins EK, Fischer B. A narrative review of recent developments in knowledge translation and implications for mental health care providers. *La Revue canadienne de psychiatrie.* 2014;59(3).
4. Levin B. To know is not enough: Research knowledge and its use. *Review of Education.* 2013;1(1):2-31.
5. Nutley SM, Walter I, Davies HTO. *Using Evidence: How Research Can Inform Public Services.* Bristol (Grande-Bretagne) : Policy Press ; 2007. 363 p.
6. Powell BJ, Proctor EK, Glass JE. A systematic review of strategies for implementing empirically supported mental health interventions. *Res Soc Work Pract.* 2014;24(2):192-212.
7. Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice.* Chichester (Grande-Bretagne) : Blackwell Publishing Ltd. ; 2009. 318 p.
8. Breckon J, Dodson J. *Using Evidence: What works ? A discussion paper.* Alliance for Useful Evidence. 2016.
9. Tetroe JM, Graham ID, Foy R, Robinson N, Eccles MP, Wensing M et al. Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: An international study. *Milbank Q.* 2008;86(1):125-155.
10. Prentice J. *Rapport sur les plans et priorités 2008-2009.* Ottawa : Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) ; 2012. 37 p.
11. Tetroe JM. *Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: A Primer.* Ottawa : National Center for the Dissemination of Disability Research (NCDDR) ; 2007. 7 p. Technical brief No. : 18.
12. Dagenais C, Robert E. *Le transfert des connaissances dans le domaine social.* Montréal (Canada) : Les Presses de l'Université de Montréal ; 2012. 226 p.
13. Lemire N, Souffez K, Laurendeau MC. *Animer un processus de transfert de connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation.* Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ); 2009. 59 p. No. de publication : 1012.
14. Tchameni Ngamon S, Souffez K, Lord C, Dagenais C. Do knowledge translation (KT) plans help to structure KT practices? *Health Res Policy Syst.* 2016;14(46).
15. Dagenais C. Knowledge transfer in community-based organizations: A needs assessment study. *Glob J Community Psychol Pract.* 2010;1(2):13-30.
16. Siron, Dagenais C, Ridde V. What research tells us about knowledge transfer strategies to improve public health in low-income countries : A scoping review. *Int J Public Health.* 2015;60 :849-863.

17. Gervais MJ, Souffez K, Ziam S. Quel impact avons-nous ? Vers l'élaboration d'un cadre pour rendre visibles les retombées du transfert des connaissances. *Revue francophone de recherche sur le transfert de l'utilisation des connaissances*. 2016;1(2).
18. Hacking S, Secker J, Spandler H, Kent L, Shenton J. Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs. *Health Soc Care Community*. 2008;16:638-648.
19. Leckey J. The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18:501-509.
20. Sapouna L, Pamer ER. The transformative potential of the arts in mental health recovery – an Irish research project. *Arts Health*. 2016;8(1):1-12.
21. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. 2011.
22. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. La prise de décision fondée sur des données probantes [Internet]. Hamilton (Canada) ; 2018 février 1p. Disponible sur <<http://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/01/ef7ae61295beb3765b6940d67be051f1d7ad502d.pdf>>
23. Daykin N, Orme J, Evans D, Salmon D, McEachran M, Brains S. The impact of participation in performing arts on adolescent health and behaviour: A systematic review of the literature. *J Health Psychol*. 2008;13:251-264.
24. Staricoff RL. *Arts in Health : A review of the Medical Literature*. Londres : Arts Council England. 2004. 90 p. Rapport de recherche 36.
25. Maujean A, Pepping CA, Kendall E. A systematic review of randomized controlled studies of art therapy. *Art Therapy*. 2014;31(1):37-44.
26. Clift, S. Creative arts as a public health resource: Moving from practice-based research to evidence-based practice. *Perspect Public Health*. 2010;132(3): 120-127.
27. Van Lith T, Schofield MJ, Fenner P. Identifying the evidence-base for art-based practices and their potentiel benefit for mental health recovery : A critical review. *Disabil Rehabil*. 2013;35(16).
28. Archambault K. Evaluation of an innovative art-based rehabilitation program for youths with stabilized psychiatric disorders: the Espace de Transition Program (Thèse de doctorat). Université de Montréal. 2014.
29. James MA. Principles of youth participation in mental health services. *Med J Aust*. 2007;186:57-60.
30. Sweeney S. Art therapy : Promoting wellbeing in rural and remote communities. *Australas Psychiatry*. 2009;17:151-154.
31. Wood L, Ivery P, Donovan R, Lambin E. “To the beat of a different drum”: improving the social and mental wellbeing of young people through drumming. *J Public Ment Health*. 2013;12(2):70-79.
32. Orkibi H, Bar N, Eliakim I. The effect of drama-based group therapy on aspects of mental illness stigma. *Arts Psychother*. 2014;41:458-466.
33. Twardzicki, M. Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *J R Soc Promot Health*. 2008;128:68-72.

34. Turcotte ME, Bellot C. Vers une meilleure compréhension de la contribution des services sociaux à l'insertion sociale de jeunes adultes en difficulté. *Sociétés et jeunesses en difficulté*. 2009;8.
35. Heenan D. Art as therapy: an effective way of promoting positive mental health? *Disabil Soc*. 2006;21(2):179-191.
36. Archambault, L. Evaluation of an innovative art-based rehabilitation program for youths with stabilized psychiatric disorders: the Espace de Transition Program. Montréal (Canada) : Université de Montréal. 2014. 198 p. Dissertation doctorale.
37. Archambault K, Archambault I, Dufour S, Nault-Brière F, Garel P. A mixed methods evaluation of the effects of an innovative art-based rehabilitation program for youths with stabilized psychiatric disorders. *Adolesc Psychiatry*. 2015;5.
38. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert de connaissances [Internet]. Montréal ; 2013 [Cité le 29 mars 2015]. Disponible sur <[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/outil\\_pour\\_soutenir\\_l\\_elaboration\\_d\\_un\\_plan\\_de\\_transfert\\_des\\_connaissances.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/outil_pour_soutenir_l_elaboration_d_un_plan_de_transfert_des_connaissances.pdf)>.
39. Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, & Pires, AP. La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal (Canada) : Gaëtan Morin Éditeur ; 1997.
40. Patton MQ. *Utilization-focused Evaluation*. 4<sup>e</sup> éd. Thousand Oaks (États-Unis) : Sage Publications ; 2008. 688 p.
41. Dagenais C, Ridde V. *Approches et pratiques en évaluation de programme*. 2<sup>e</sup> éd. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal. 2012.
42. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*. 2006;26(2):1-18.
43. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks (États-Unis) : Sage Publications ; 2007.
44. Chen HT. *Practical program evaluation: Theory-Driven Evaluation and the Integrated Evaluation Perspective*. 2<sup>e</sup> éd. Washington (États-Unis) : Sage Publications ; 2015.
45. Dagenais C, Dupont D, Gratton G. Évaluation des processus et des effets du programme IRI-Accueil du CJM-IU. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), Centre jeunesse de Montréal (CJM-IU), Institut de recherche pour le développement social des jeunes (IRDS) (Fr) ; 2004.
46. Dagenais C, Dargis-Damphousse L, Dutil J. The essential skills series in evaluation: Assessing the validity of the ESS Participant Workshop Evaluation Questionnaire. *Can J Program Eval*. 2012;26(2):89-100.
47. Fortin MF, Côté J, Filion F. *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière éducation ; 2006. 485 p.
48. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Éditions Armand Colin ; 2005.
49. Tashakkori A, Teddlie C. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. 2<sup>e</sup> éd. Thousand Oaks (États-Unis) : Sage Publications ; 2010.

50. Aasekjaer K, Waehle HV, Ciliska D, Nordtvedt MW, Hjälmhult E. Management involvement – A decisive condition when implementing evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016;13(1):32-41.
51. Gagliardi AR, Berta W, Khotari A, Boyko J, Urquhart R. Integrated knowledge translation (IKT) in health care: A scoping review. *Implement Sci*. 2016;11(38).
52. Moran AM, Coyle J, Pope R, Boxall D, Nancarrow SA, Young, J. Supervision, support and mentoring intervention for health practitioners in rural and remote contexts: An integrative review and thematic synthesis of the literature to identify mechanisms for successful outcomes. *Hum Resours Health*. 2014;12(10).
53. Meyer JP, Becker TE, Vandenberghe C. Employee commitment and motivation: A conceptual analysis and integrative model. *J Appl Psychol*. 2004;89(6):991-1007.
54. Stinglhamber F, Bentein, K, Vandenberghe C. Congruence et engagement envers l'organisation et le groupe de travail. *Psychologie du travail et des organisations*. 2004;10:165-187.
55. Innis J, Dryden-Palmer K, Perreira T, Berta W. How do health care organizations take on best practices? A scoping literature review. *J Evid Based Healthc*. 2015; 13:254–272.
56. Dagenais, C, Malo, M, Robert, E, Ouimet, M, Berthelette, D, Ridde, V. Knowledge transfer on complex social interventions in public health: A scoping study. *PLoS ONE*. 2013;8(12).
57. Tremblay MC, Richard L. Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline. *Health Promot Int*. 2011;29(2):378-386.
58. Baum, F, MacDougall, C, Smith, D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:854-857.
59. Jagosh J, Macaulay AC, Pluye P, Salsber, J, Bush PL, Henderson J et al. Uncovering the benefits of participatory research: Implications of a realist review for health research and practice. *Milbank Q*. 2012;90(2):311-346.
60. Richard L, Chiocchio F, Tremblay MC, Lamy G, Champagne F, Beaudet N. Communities of Practice as a professional and organizational development strategy in local public health organizations in Quebec, Canada: An Evaluation Model. *Healthc Pol*. 2014;9(3):26-39.

**Tableau I. Plan de transfert de connaissances**

Activités de TC		Description
<b>Formation</b> (automne 2015)	Formation de deux jours	<p><b>Présentation du programme d'intervention</b> Contexte clinique, approche, composantes essentielles, effets et mécanismes d'intervention</p> <p><b>Présentation du volet d'animation artistique</b> Rôle et fonctions, déroulement du programme, exercices typiques, spectacle final, mise en pratique de l'approche basée sur les arts</p> <p><b>Présentation du volet d'accompagnement clinique</b> Rôle et fonctions, modalités d'accompagnement, exemples cliniques, processus de recrutement</p>
	Manuel de formation	Description du programme d'intervention, du volet artistique et du volet clinique
	Observation d'ateliers	Nouveaux intervenants observent deux ateliers et la représentation finale, animés par les formateurs
	Prise en charge du programme	Nouveaux intervenants animent et accompagnent le groupe de jeunes de façon autonome
<b>Supervision</b> (hiver 2016)	Supervision en groupe	Quatre rencontres de supervision en groupe pour répondre aux questions, discuter du déroulement de l'atelier, des difficultés et des ajustements possibles
	Supervision individuelle	Supervision individuelle au besoin (en personne, téléphone, courriel)

**Tableau II. Activités de TC prévues et réalisées**

Activités de TC		Description
<b>Formation</b> (automne 2015)	Formation de deux jours	<u>Présentation du programme d'intervention</u> <b>CONFORME au plan de TC</b>  <u>Présentation du volet d'animation artistique</u> <b>PLUTÔT CONFORME</b> – la majorité du contenu s'y retrouve, mais la description de la structure artistique n'est pas assez exhaustive  <u>Présentation du volet d'accompagnement clinique</u> <b>PLUTÔT CONFORME</b> – la majorité du contenu s'y retrouve, mais la formation est offerte séparément durant un atelier de 3h en janvier 2016
	Manuel de formation	<b>PLUTÔT CONFORME</b> – la majorité du contenu s'y retrouve (sauf la description de la structure artistique), mais le manuel est rendu disponible en avril 2016, à la fin de la démarche de TC
	Observation d'ateliers	<u>Volet artistique</u> <b>NON CONFORME</b> – absence d'observation  <u>Volet clinique</u> <b>PLUTÔT CONFORME</b> – observation plus intensive que prévue (durant les 12 semaines de la session d'automne 2015 plutôt que 2-3 ateliers)
<b>Supervision</b> (hiver 2016)	Prise en charge du programme	<u>Volet artistique</u> <b>NON CONFORME</b> – l'animateur n'a pas animé les ateliers de façon autonome, il a plutôt co-animé avec les formateurs  <u>Volet clinique</u> <b>CONFORME</b> – les nouvelles intervenantes accompagnent le groupe de façon autonome
	Supervision en groupe	<b>NON CONFORME</b> – format comme prévu (quatre rencontres), mais centré sur la communication dans l'équipe plutôt que sur l'accompagnement des nouveaux intervenants
	Supervision individuelle	<u>Volet artistique</u> <b>NON CONFORME</b> – pas de rétroaction individuelle, la supervision est plutôt centrée sur l'organisation des ateliers  <u>Volet clinique</u> <b>CONFORME au plan de TC</b>

